ITEM 305 : TUMEUR DE L'ŒSOPHAGE

- 4e cancer digestif, prédominance masculine H/F= 3/1, > 50 ans.
- ↗ des adénocarcinomes (ADK) et ↘ des carcinomes épidermoïdes (CE).
- ≈ 5 500 cas/an.
- 6e cause de mortalité par cancer, de mauvais pronostic = **10-15 %** de survie à 5 ans.
- Incidence en ↘ chez les hommes et en ↗ chez les femmes.

<table>
<tr><td rowspan="2">FDR</td><td>ADK
50 %</td><td colspan="2">- Souvent au 1/3 inférieur.
- RGO chronique +++.
- Tabac.
- Terrain : âge > 50 ans, obésité, diabète de type 2, sexe masculin, régime pauvre en fruits et légumes.
- Lésion précancéreuse : endo-brachy-œsophage (EBO) de type intestinal, 10-20 % des sujets avec RGO ➝ 1 à 5 % de progression vers un ADK.</td></tr>
<tr><td>CE
50 %</td><td colspan="2">- Souvent au 2/3 supérieur.
- Comorbidités et cancers associés : cirrhose, BPCO, CHC, cancers ORL et bronchiques.
- Alcoolo-tabagisme +++ > 90 % des cas.
- Boissons chaudes, régime pauvre en fruits et légumes.
- Stase alimentaire (diverticule de Zenker, trouble moteur œsophagien, achalasie).
- Lésion précancéreuse : œsophagite caustique, syndrome de Plummer-Vinson (femme ++, glossite + anémie microcytaire hypochrome + koïlonychie), radiothérapie médiastinale, sclérodermie, tylose (kératodermie palmo-plantaire).
- Rôle discuté de HPV.</td></tr>
<tr><td rowspan="5">DG</td><td rowspan="3">EBO</td><td colspan="2">= Métaplasie de Barret = métaplasie de la muqueuse œsophagienne malpighienne épidermoïde par une muqueuse intestinale ou gastrique (couleur saumon, cellules caliciformes) : conséquence d'un RGO.</td></tr>
<tr><td>Classification de Prague</td><td>- C : hauteur de l'atteinte circonférentielle (par rapport à la jonction œsogastrique).
- M : hauteur maximale de l'atteinte (languettes).</td></tr>
<tr><td>Surveillance endoscopique</td><td>= Biopsies systématiques étagées (4 tous les 1-2 cm) + biopsies ciblées.
- En l'absence de dysplasie :
• Tous les 5 ans si EBO < 3 cm.
• Tous les 3 ans si EBO = 3 à 6 cm.
• Tous les 2 ans si EBO > 6 cm.
- Dysplasie de bas grade :
• Contrôle endoscopique à 2 mois après IPP double dose.
• Si persistante : traitement endoscopique.
- Dysplasie de haut grade = cancer in situ : confirmée sur 2 prélèvements par 2 anatomo-pathologistes ➝ traitement endoscopique (mucosectomie) ou chirurgical.</td></tr>
<tr><td>SF</td><td colspan="2">- Asymptomatique dans la majorité des cas à un stade précoce : découverte fortuite ou dépistage.
- Dysphagie (dans > 90 % des cas) : progressive, élective pour les solides puis non élective, jusqu'à l'aphagie (classification selon Atkinson).
- Amaigrissement : parfois majeur (souvent > 5-10 % du poids).
- Dysphonie (voix bitonale) avec fausses routes : envahissement ou compression du nerf récurrent gauche.
- Toux productive après la déglutition : fistule œso-trachéale ou oeso-bronchique.
- Dyspnée :
• Par compression trachéale : dyspnée inspiratoire.
• Par envahissement du nerf phrénique.
- Autres : douleurs thoraciques (rétro-sternales, interscapulaires) ou dorsales, hémorragies digestives (hématémèse, méléna), anémie, syndrome cave supérieur.</td></tr>
<tr><td>SC</td><td colspan="2">- État général, dénutrition, IMC, affection associée (tabac/alcool : CV, abdo, ORL et pulmonaire).
- Extension tumorale : palpation des aires ganglionnaires sus-claviculaires (Troisier) et cervicales, palpation abdominale, percussion/auscultation pulmonaire (épanchement pleural), palpation osseuse.</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>EOGD</td><td>= Endoscopie oeso-gastro-duodénale =Systématique devant toute dysphagie chez l'adulte, à répéter si négative.
- Diagnostic : visualisation de la tumeur, biopsies > 8, 2nd localisation.
- Coloration : Lugol (CE), bleu de toluidine (ADK).
➝ Distance par rapport aux arcades dentaires : œsophage cervical < 19 cm, puis œsophage thoracique = 1/3 supérieur < 24 cm, 1/3 moyen < 32 cm et 1/3 inférieur < 40 cm.</td></tr>
</table>

BILAN PRETHERAPEUTIQUE

Bilan d'extension	- **TDM TAP+** systématique : métas viscérales, ADP, atteintes médiastinales. - En l'absence de métas ou d'envahissement trachéal **:** • **EE œsophagienne** (profondeur, ADP). • **PET-scan.** - Si carcinome épidermoïde : **examen ORL avec nasofibroscopie et pan-endoscopie des VADS** (cancer ORL, paralysie récurrentielle) +++, scanner cervical + TAP (si 1/3 supérieur). - Si stade avancé ≥ T2 : **fibroscopie trachéo-bronchique** (sauf ADK du 1/3 inférieur chez le non-fumeur). - **Écho-endoscopie à haute fréquence** si tumeur superficielle avec indication de traitement endoscopique.
Autre	- **Bilan nutritionnel** (IMC, albuminémie), **NFS, plaquette, bilan hépatique complet, créat, ECG, EFR.**

➞ Plus de 50 % des patients ont une contre-indication à la résection chirurgicale (extension ou comorbidité).

STADE

TNM	T1a = muqueux T1b = sous-muqueuse T2 = musculeuse T3 = adventice T4 = structures adjacentes	N0 : aucune ADP N1 : 1-2 ADP N2 : 3-6 ADP N3 : ≥ 7 ADP ADP régionales uniquement	M1 : si MT à distance ➞ Dont : ADP cœliaque, sus-claviculaires et lombo-aortiques, et ADP cervicale si cancer de l'œsophage thoracique	- Stade 0 = Tis - Stade I = T1 - Stade IIA = T2-T3N0 - Stade IIB = T1-T2 N1 - Stade III = T3N1, tous T4 - Stade IV = tous M1

PRISE EN CHARGE CURATIVE

PEC endoscopique	= Résection du plan muqueux : **mucosectomie**. - Indication **:** tumeurs superficielles (Tis ou T1-m1 < 3 cm) après bilan complet et écho-endoscopie. - Complété si lésion invasive : **chirurgie** si patient opérable, **radiochimiothérapie** si non opérable. - Pas de dilatation d'une tumeur sténosante (risque de perforation tumorale).		
Traitement néo-adjuvant	**= Radiothérapie** (41,4-50,4 Gy en 5 semaines) **+ chimiothérapie** (**5-FU** + **cisplatine ou oxaliplatine**) concomitante. - Recommandée si stade ≥ 2 (T3 ou N1).		
Traitement adjuvant	- Chimiothérapie. -Immunothérapie (anti immune checkpoint) : nivolumab si maladie résiduelle après RCT néoadjuvante + chirurgie. *Etude en cours pour le péri-opératoire.*		
Traitement chirurgical	= **Œsophagectomie trans-hiatale ou selon Lewis-Santy** avec **curage médiastinal et coronaire stomachique** (emportant ≥ 6 ganglions) et **plastie gastrique.** - Geste chirurgical lourd, nécessitant une double voie d'abord abdominale et thoracique gauche.		
	Contre-indication relative	- OMS **2.** - Perte de poids **> 15 %.** - Artériopathie sévère. - Comorbidités.	
	Contre-indication absolue	- Comorbidité : insuffisance respiratoire, IRC, cirrhose décompensée, IDM < 6 mois. - OMS **3 ou 4.** - Perte de poids **> 20 %.**	
	Non résécabilité	- Envahissement **trachéo-bronchique**, **récurrent**, **aortique** ou du **corps vertébral.** - Diamètre **> 4 cm** dans le médiastin. - Métastases viscérales ou ADP à distance.	
PEC nutritionnelle	- **Alimentation complémentaire** (établi avec diététicienne) : repas enrichi, aliments mixés. - Si besoin : **alimentation entérale** (SNG ou gastrostomie).		
Indications	Stade I	- Privilégier le **traitement endoscopique**. - **Résection chirurgicale** si échec/récidive ou envahissement plus important que prévu.	
	Stade II	- **Chirurgie** systématiquement envisagée. - **Chimiothérapie** ou **radiochimiothérapie néoadjuvante.**	
	Stade III	CE	- **Radio-chimiothérapie** de 1re intention (néo-adjuvante ou exclusive). - **Chirurgie programmée** si résécable ou **chirurgie de rattrapage** si persistance tumorale après radiochimiothérapie ou récidive précoce.
		ADK	= 2 alternatives **:** • **Chirurgie** avec **chimiothérapie néo-adjuvante**. • **Radio-chimiothérapie** de 1re intention.

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="3">Surveillance</td><td colspan="2">Au moindre doute : TEP, scintigraphie osseuse, imagerie cérébrale selon la clinique.</td></tr>
<tr><td>Après chirurgie</td><td>- Examen clinique et TDM thoraco-abdominal tous les 6 mois pendant 5 ans.
- Examen ORL annuel pour les CE.
- Fibroscopie digestive à 2 ans.</td></tr>
<tr><td>Après RCT exclusive</td><td>- Clinique, TDM TA, et endoscopie haute avec biopsies : tous les 4 mois pendant 1 an.
- Puis tous les 6 mois pendant 1 an et ensuite mêmes modalités qu’après chirurgie.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PEC PALLIATIF</td><td>Traitement sympto</td><td colspan="2">- Dysphagie importante : endoprothèse œsophagienne auto-expansible ou gastrostomie.
- Fistule œso-bronchique : stent œsophagien couvert ± prothèse trachéo-bronchique en urgence.
➙ Une fistule oeso-bronchique contre-indique un transit baryté, mais ne contre-indique pas l’endoscopie ou l’écho-endoscopie.</td></tr>
<tr><td>Traitement adjuvant</td><td colspan="2">- Si état général conservé (OMS < 2) : envisager une chimiothérapie ± radiothérapie palliative ± immunothérapie.
➙ En cas de tumeur de la jonction oeso-gastrique : rechercher une surexpression HER2.</td></tr>
</table>